

Vizelet inkontinencia gyakorlati kérdései

Szabó László^{1,4}, Rigó János², Majoros Attila³, Nyirády Péter³

¹ Családgondozási Módszertani Tanszék, ETK, Semmelweis Egyetem,

² I.sz. Nőgyógyászati és Szülészeti Klinika, Semmelweis Egyetem,

³ Urológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, ⁴ Heim Pál Gyermekkórház

A vizelet inkontinencia gyakori probléma mind gyermekkorban, mind felnőttkorban. Multidiszciplináris ellátást igénylő eltérés, ezért volt szükséges, hogy konszenzus alakuljon ki az ellátás fejlesztésére.

Urinary incontinence is a frequent problem in childhood and in adulthood. It needs multidisciplinary care, so for improving care consensus has been necessary.

A vizelet inkontinencia mindenkit érintő, érdeklő probléma. A beteget elsősorban azért érinti, mert nagyon kellemetlen. Fiatal életkorban nagyon gyakori, de jól kezelhető és a felnőtt korba lépéssel nagy része ki is nőhet [1]. Kis része egy életre szól. Felnőttkorban szerzett betegségként újra jelentkezhet [2]. A felnőttkori inkontinenciának csak egy része gyógyítható gyógyszeresen vagy műtétileg. A betegek maradék része is kezelhető azonban tünetileg [3-6]. A felnőttkori inkontinencia nagy része viszont idősebb korban egyre gyakoribbá válik. Zavarja és megkeseríti a mindennapi életet, a munkát, és az egyéb betegségek otthoni és kórházi kezelését. Az inkontinenciát a betegek nagyon szégyellik. Nem szívesen beszélnek róla, sőt titkolják. Nem is értik igazán miről is van szó. Legtöbbször rendetlenségnek, oda nem figyelés eredményének gondolják. Igaz az orvosuk sem gyakran kérdez rá. Így az esetek több mint felében nem is fordulnak az orvoshoz ezzel a problémával. Pedig a megelőzésnek is nagyon fontos helye lenne az inkontinencia megakadályozásában, illetve a tünetek megjelenésének késleltetésében.

Az orvost azért érinti jelentősen, mert egy doboz gyógyszerrel nem oldható meg végérvényesen. Sőt, ki kell vizsgálni, mert sokszor összetett problémáról van szó. A kivizsgálás időigényes, s közben a beteg panaszos [7,8]. Nem minden esetben gyógyítható végérvényesen. Tüneti kezelés mellett, mely bár sokszor nagyon eredményes, feltétlenül keresnünk kell a kiváltó okokat. Igaz, sokszor ezeket nem találjuk. A háziorvosnak a részletes kivizsgálás során gyakran kell segítséget kérni a szakorvosoktól. Fontos kérdés, hogy hová küldje a beteget. A diagnosztika egy része, nehezen, lassan elérhető, mert az urodinamikai vizsgálatok kevés helyen állnak rendelkezésre. Az urodinamikához értő szakorvos és szakasszisztens is kevés. A betegek ezért sokszor kénytelenek hosszabb időt várni a vizsgálatra. És kihez tartozik az inkontinencia? Nőgyógyászhoz? Urológushoz? Gyermekgyógyászhoz? Gerontológushoz? Vagy valójában neurológiai a probléma? Vagy idegsebésze-

ti? De rehabilitálni szinte biztos, hogy kell. Gyógytornáztatni is lehet. Ápolni viszont szintén biztosan kell. A multidiszciplináris beteggel ki is foglalkozik valójában?

Az egészségért (betegségért) felelős irányításnak is problémát jelent, mert nagyon sokba kerül és kezelése nem megoldott. Mindig panaszodik a beteg és az orvos is. Költsünk ugyanannyit, de legyen jobb az ellátás. Ez az igazi kihívás [9].

Mi mégis azt gondoljuk, hogy lehet javítani a helyzeten. Ezért hívtuk össze több érintett szakma képviselőit, hogy átbeszéljük a meg nem oldott kérdést, és olyan konszenzust alakítsunk ki, amivel jobb lesz a betegnek, az ellátó személyzetnek, de még az irányításért felelősöknek is. Reméljük, az alábbi ajánlás jó irányba viszi a betegellátást.

SZAKMAI KONSZENZUS A VIZELET KONTINENCIA ELLÁTÁS FEJLESZTÉSÉRE

A Magyar Kontinencia Társaság 2014. június 24-i kerekasztal megbeszélésén a Felek egyetértettek az alábbiakkal:

- A kontinencia fogyatékanak/fogyatékoságának (inkontinencia: akaratlan széklet és vizeletvesztés, per vias naturales) előfordulási gyakorisága az életkorral növekszik, és a teljes magyar populációra vetítve több mint 5%, mely demográfiai folyamatokból következően folyamatosan emelkedik. A betegek közel 60%-a sosem fordul orvoshoz, tehát a felvilágosítás a problémával kapcsolatosan alapvető fontosságú.
- A nem, vagy rosszul ellátott inkontinencia a beteg azonnali és totális társadalmi kirekesztődését vonja maga után, függetlenül az érintett életkorától, társadalmi státuszától és képzettségétől. Ezért az inkontinencia ellátás alapvető célja a kontinencia fogyatékkal élők teljes társadalmi reintegrációja.
- Az urológia mellett a nőgyógyászat az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében a legszélesebben van jelen, de a betegség teljes ellátásának csak egy kis szegmensét képezik a műtétek. A megfelelő és hatékony ellátást ezért koncentrálni kell, mivel a kevés esetszám az eredményességet negatívan befolyásolja.
- A vizelet inkontinens beteg ellátása multidiszciplináris feladat. Szerepet játszik benne a prevenció, torna, fizioterápia, diéta, gyógyszeres-, műtéti- és tüneti kezelés, ápolás, rehabilitáció. Alapvető szerepe van a háziorvosnak, urológusnak, nőgyógyásznak, neurológusnak, re-

- habilitáció szakorvosának, gyermekgyógyásznak, geriatrának, védőnőnek, gyógytornásznak, dietetikusnak, ápolónőnek, gyógyszerésznek, illetve a gyógyászati segédeszközt gyártónak és forgalmazónak.
- Az alapellátásban a házi orvosoknak, ápolóknak, védőnőknek nincs elegendő információjuk az állapotról, annak vizsgálatáról, kezeléséről, és az átmeneti tüneti kezelésre sincs mód.
 - Az eredményes korai tüneti kezelés megkezdésének és a további szükséges diagnosztikai és terápiás beavatkozások sikerének előfeltétele a beteg (önellátás, inkontinencia súlyosság, testméret, akaratlanul szivárgó ürülék típusa) profilját kötelezően dokumentáló és ahhoz mindenkor alkalmazkodó tüneti kezelés indikációs lehetőségének biztosítása az alapellátás szintjén. Az eredményes kezelés a beteg egyéni adottságainak, lehetőségeinek és képességeinek figyelembevételével, azaz a személyre szabott ellátás révén érhető el.
 - A női inkontinencia terén a medencefenéki izomtorna propagálása lenne fontos, egy országos lefedettségű OEP finanszírozott fizioterápiás tevékenység kialakításával. A férfi inkontinencia kapcsán a centralizált kivizsgálás és kezelés megteremtése lenne fontos, illetve az egyedi méltányossági alapon történő OEP implantátum engedélyezés helyett a rendelkezésre álló finanszírozási keret alapján a centrumok döntési lehetőségeit kellene megteremteni a keretfelosztás tekintetében. A neurogén vizelettartási zavarban szenvedőknél a videourodinamikai vizsgálatokat is be kellene vezetni az urodinamikai központokban. Az intermittáló katéterezés technikáját is népszerűsíteni kellene. A gondozási gyakorlatot a rehabilitációs intézetekkel és osztályokkal együtt kellene megszervezni.

- A kórházban és szociális intézményben fekvők inkontinenciája sincs megfelelően ellátva. Ennek a méltatlan helyzetnek a felszámolása a kórházi dolgozók, a kórházban ápolott betegek, valamint a hozzátartozók egyértelműen elvárt érdeke.
- Jelenleg a közfinanszírozott – GYSE – ellátást igénybe vevő betegek több mint fele maradványtűnetről (szivárgásról) számol be. Ez az ellátás személyre szabottságának – minőségi, szakmai – hiányosságaira utal. A gyógyászati segédeszközökből sokszor a nem megfelelőt használják, így a felírt eszközök hatásossága kérdéses. A nem megfelelő eszköz pazarláshoz vezet, hiszen a nem megfelelően ellátott inkontinencia miatt gyakrabban kell cserélni a talán olcsóbb, de nem eléggé hatásos nedvszívókat. Elsődleges közös célunk az, hogy javítsuk a meglévő rendszer hatékonyságát (visszaszorítva a pazarlást).

Résztvevők:

- Ápolási igazgatók
- Forgalmazók az Egészségért Szövetség
- Nemzeti Beteg Fórum
- Magyar Gyógyszerész Kamara
- Magyar Kontinencia Társaság
- Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
- Országos Alapellátási Intézet
- Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika
- Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozat
- Magyar Nőorvos Társaság és Magyar Urológus Társaság közös Urogynaekológiai Szekció

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Szabó László: Gyermekkori inkontinenciák. In Inkontinencia. szerk. Katona F, Hamvas A, Klauber A: Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2013, 133-166.
- [2] Svare JA, Hansen BB, Lose G.: Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women, *Int Urogynecol J*, 2014; 25: 47-51.
- [3] Majoros Attila: A vizelet-inkontinencia konzervatív kezelésének lehetőségei a családorvosi gyakorlatban, *Családorvosi Fórum*, 2011; 11:16-20.
- [4] Török Miklós: A vizelettartási elégtelenség (vizelet inkontinencia) a szülészeti- nőgyógyászati gyakorlatban, *IME*, 2008; 8:43-46.
- [5] Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejó R, Barakat R: Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *NeuroUrol, Urodynam*, 2014; 33:67-71.
- [6] Qaseem A, Dallas P, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD, Shekelle P, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, *Ann Intern Med*, 2014;161:429-440.
- [7] Rosier PFWM, Gajewski JB, Sand PK, Szabó L, Capewell A, Hosker GL: Executive summary: The international consultation on incontinence 2008 – Committee on: "Dynamic testing"; for urinary incontinence and for fecal incontinence. Part 1: Innovations in urodynamic techniques and urodynamic testing for signs and symptoms of urinary incontinence in female patients. *NeuroUrol, Urodynam*, 2010; 29:140-145.
- [8] Rosier PFWM, Szabó L, Capewell A, Gajewski JB, Sand PK, Hosker GL: Executive summary: The international consultation on incontinence 2008 – Committee on: "Dynamic testing"; for urinary or fecal incontinence. Part

2: Urodynamic testing in male patients with symptoms of urinary incontinence, in patients with relevant neurological abnormalities, and in children and in frail elderly with symptoms of urinary incontinence. *Neurourol. Urodynamic*. 2010; 29:146-152.

[9] Dankó Dávid, Erdei Péter Balázs, Molnár Márk Péter: A gyógyászati segédeszköz ellátás „choice of care” logikája a vizelet-inkontinencia példáján, *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2012; 11:39-43.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Szabó László általános orvos, gyermekgyógyász, nefrológus, hipertológus, egészségügyi menedzser. 1993-ban védte meg kandidátusi értekezését Az alsó húgyúti rendszer urodinamiás vizsgálata gyermekkorban címmel. Habilitált 2007-ben a Pécsi Tudományegyetemen. A Magyar Gyermekegyorvosok Társasága főtárgya 2004-



Prof. Dr. Rigó János egyetemi tanulmányait a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán végezte 1977-83 között. A diploma megszerzését követően az I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikára került. Szülészeti-nőgyógyászati szakvizsgát tett 1987-ben, hipertológusi képesítést 1998-ban, „clinical hypertension specialist” képesítést 2001-ben szerzett. Párizsban volt tanulmányúton 1991-92-ben. Ph.D. fokozatot 2000-ben, az MTA doktora címet 2008-ban szerzett. Az I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatói kinevezését 2007-ben nyerte el. 2008-tól egyetemi tanár. A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Grémiumának elnöke, Doktori Tanácsának tagja, a Véleményező



Dr. Majoros Attila PhD egyetemi docens Több évtizede foglalkozik az inkontinens betegekkel. Neurourológiai tevékenységet végzett Innsbruckban. Jelenleg is aktív nemzetközi kapcsolatainak vannak. Mindennapos tevékenysége a neurogén vizeletelési panaszokkal



Prof. Dr. Nyirády Péter 1995-ben végzett a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen, 2001-ben tett urológus, 2008-ban andrológiai szakvizsgát. 2003-ban szerezte PhD fokozatát a Semmelweis Egyetemen. 2006-ban letette az Európai Urológus Társaság szakvizsgáját, így a European Board of Urology tagjává vált (FEBU). A Magyar Tudományos Akadémia doktora. Már szigorló éveitől széleskörű szakmai tapasztalatot szerzett laparoszkópos műtétek, sebészeti beavatkozások, belgyó-

2007, elnöke 2008-2011, tanácsadó elnöke 2012-2015. Council member of the European Paediatric Association 2006-2011. Szakmai kollégium tagja. Alapító tagja az International Children Continence Society-nek és a Magyar Kontinencia Társaságnak, melynek elnöke 2014-től. Jelenlegi beosztása tanszékvezető a Család gondozási Módszertani tanszéken és osztályvezető főorvos a Heim Pál Gyermekkorház Belgyógyászati-Pulmonológia osztályán.

és Ellenőrző Bizottságának elnöke, az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-technikai Bizottságának tagja. A Nőgyógyászati Onkológia c. folyóirat főszerkesztője, mellette számos tudományos szakmai lap, pl. a *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, az *Orvosi Hetilap*, a *Magyar Nőorvosok Lapja*, az *Orvosképzés*, az *Uroonkológia szerkesztő bizottságának tagja*. Az *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy International Committee* tagja. Emellett több hazai tudományos társaság vezetőségi tagja. Tudományos publikációinak száma 332, impakt faktora: 285, független idézettsége 1400. Fő érdeklődési területe a praeeclampsia kórellettana és klinikuma, és a nőgyógyászati laparoscopos sebészet. A perinatológia területén kifejtett munkássága alapján 2010-ben Virginia Apgar Díjban részesült.

szervenők kivizsgálása, kezelésük menedzselése. Első között végzett férfi inkontinens betegeknél műsphincter beültetést, illetve szalagműtéteket nőknél és férfiaknál egyaránt. Nevéhez fűződik a szakralis neuromoduláció végzésének megszervezése is a Klinikán. Az urogynekológiai szakcsoport megszervezője, aktív működtetője.

gyógyászati és csaláadorvoslás terén. A legrangosabb gyermek-urológiai kongresszuson 1996 és 2001 között 10 alkalommal vett részt előadóként. Több alkalommal nyert külföldi ösztöndíjat Manchesterbe, Párizsba, Londonba. 2001 májusától dolgozik a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján, 2005-től a Laparoszkópos Munkacsoport, 2010-től a Húgycsősebészeti Munkacsoport vezetője. 2012. júliustól a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának igazgatója. Számos hazai nemzetközi szakmai társaság vezetőségi tagja, jó néhány kongresszus díjazottja. 2012 szeptembertől az *IME Klinikum Urológia* rovatának vezetője.